

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bandres-Ciga S, Diez-Fairen M, Kim JJ, Singleton AB.** Genetics of Parkinson's disease: An introspection of its journey towards precision medicine. *Neurobiol Dis.* 2020 Apr;137:104782.
2. **Polymeropoulos MH, Lavedan C, Leroy E, Ide SE, Dehejia A, Dutra A, et al.** Mutation in the alpha-synuclein gene identified in families with Parkinson's disease. *Science.* 1997 Jun 27;276(5321):2045-7.
3. **Nelson DE, Randle SJ, Laman H.** Beyond ubiquitination: the atypical functions of Fbxo7 and other F-box proteins. *Open Biology.* 2013 Oct;3(10):130131.
4. **Yalcin-Cakmakli G, Ogiati S, Quadri M, Breedveld GJ, Cortelli P, Bonifati V, et al.** A new Turkish family with homozygous FBXO7 truncating mutation and juvenile atypical parkinsonism. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014 Nov;20(11):1248-52.
5. **Shojaee S, Sina F, Banihosseini SS, Kazemi MH, Kalhor R, Shahidi GA, et al.** Genome-wide linkage analysis of a Parkinsonian-pyramidal syndrome pedigree by 500 K SNP arrays. *Am J Hum Genet.* 2008 Jun;82(6):1375-84.
6. **Di Fonzo A, Dekker MCJ, Montagna P, Baruzzi A, Yonova EH, Correia Guedes L, et al.** FBXO7 mutations cause autosomal recessive, early-onset parkinsonian-pyramidal syndrome. *Neurology.* 2009 Jan 20;72(3):240-5.
7. **Cenciarelli C, Chiaur DS, Guardavaccaro D, Parks W, Vidal M, Pagano M.** Identification of a family of human F-box proteins. *Curr Biol.* 1999 Oct 21;9(20):1177-9.
8. **Hsu JM, Lee YCG, Yu CTR, Huang CYF.** Fbx7 functions in the SCF complex regulating Cdk1-cyclin B-phosphorylated hepatoma up-regulated protein (HURP) proteolysis by a proline-rich region. *J Biol Chem.* 2004 Jul 30;279(31):32592-602.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỮA Ở VÒI TỬ CUNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN HIỆP HÒA TỪ NĂM 2018 ĐẾN NĂM 2022

Dương Thị Loan<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Minh, Tăng Văn Dũng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả phẫu thuật chữa ở vòi tử cung tại Trung tâm Y tế huyện Hiệp Hòa từ năm 2018 đến năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu bệnh án tất cả số bệnh nhân có chẩn đoán chữa ở vòi tử cung và phẫu thuật tại Trung tâm Y tế huyện Hiệp Hòa từ 01/01/2018 đến 31/12/2022. **Kết quả:** Có tổng số 263 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có độ tuổi từ 30-34 tuổi chiếm tỷ lệ 30.0% và 35-39 tuổi chiếm tỷ lệ 26.6%. Vị trí thường gặp của chữa ở vòi tử cung là ở đoạn bóng vòi chiếm 65%. Tình trạng khối chữa khi mổ chủ yếu là đang rỉ máu chiếm 52%. Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị phổ biến, chiếm 73% và chỉ có 1.9% phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở vì bệnh nhân có mổ cũ dính hoặc lượng máu trong ổ bụng nhiều. Lượng máu trong ổ bụng khi mổ đa số <500ml chiếm 80.2%. Có 9.5% số bệnh nhân cần phải truyền máu, chủ yếu là ở nhóm bệnh nhân mổ mở. **Kết luận:** Vị trí thường gặp của chữa ở vòi tử cung là ở đoạn bóng vòi tử cung và được chẩn đoán sớm khi khối chữa chưa vỡ. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong xử trí chữa ở vòi tử cung, đem lại lợi ích cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** chữa ngoài tử cung, đoạn bóng vòi tử cung, phẫu thuật nội soi,...

## SUMMARY

### LAPAROSCOPY FOR ECTOPIC PREGNANCY IN THE FALLOPIAN TUBE AT HIEP HOA DISTRICT MEDICAL CENTER FROM 2018 TO 2022

**Study Objectives:** Consider surgery by laparoscopy for ectopic pregnancy in the fallopian tube at Hiep Hoa district medical center from 2018 to 2022.

**Subjects and methods:** A retrospective study included all patients with ectopic pregnancy in the fallopian tube diagnosed and treated at Hiep Hoa district medical center from January 1<sup>st</sup>, 2018 to December 31<sup>st</sup>, 2022. **Result:** A total of 263 patients met study criteria, aged 30-34 years old account for 30.0% and 35-39 years old account for 26.6%. The most common location of tubal pregnancy is in the ampullar of the tube, accounting for 65%. The condition of the pregnancy during surgery was mainly bleeding, accounting for 52%. Laparoscopic surgery is a popular treatment method, accounting for 73% and only 1.9% of laparoscopic surgery are converted to open surgery because the patient has adhesions from old surgery or a lot of blood in the abdomen. The amount of blood in the abdominal cavity during surgery is mostly <500ml, accounting for 80.2%. 9.5% of patients needed a blood transfusion, mainly in the open surgery patient group. **Conclusion:** The common location of tubal pregnancy is in the ampullar of the fallopian tube and is diagnosed early when the pregnancy has not yet ruptured. Laparoscopic surgery is more and more widely used, bringing the benefits to the patients.

**Keywords:** ectopic pregnancy, fallopian tube, ampullar, laparoscopic surgery,...

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Hiệp Hòa

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Văn Dũng

Email: dz.161012@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là trường hợp trứng được thụ tinh không làm tổ ở buồng tử cung mà trứng làm tổ ở bất kỳ nơi nào trên đường đi của nó [1], là cấp cứu thường gặp trong phụ khoa và là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong 3 tháng đầu thai kỳ. Vị trí thường gặp nhất trong CNTC là chửa tại đoạn bóng vòi tử cung. Tiên lượng của bệnh phụ thuộc vào thời điểm chẩn đoán và thái độ xử trí, CNTC nếu được chẩn đoán sớm lúc chưa vỡ thì tiên lượng tốt. Nếu chẩn đoán muộn khi có biến chứng vỡ và chảy máu nhiều thì tỷ lệ tử vong là 1-1.5% [1]. Điều trị CNTC trước đây chủ yếu là mổ mở cắt vòi tử cung (VTC) do chẩn đoán thường muộn khi khối chửa đã vỡ gây ngập máu trong ổ bụng. Tuy nhiên trong những năm gần đây nhờ áp dụng siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng  $\beta$ hCG, nội soi chẩn đoán nên CNTC ngày càng được chẩn đoán sớm giúp điều trị có hiệu quả, được lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu như: phẫu thuật nội soi, điều trị nội khoa. Tại Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Hiệp Hòa, tỉnh Bắc Giang, phẫu thuật nội soi được triển khai từ năm 2018, đến nay đã đạt được một số thành tựu trong điều trị một số bệnh phụ khoa như: chửa ngoài tử cung, u nang buồng trứng. Từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022 tại TTYT huyện Hiệp Hòa có 263 trường hợp được phẫu thuật CNTC, trong đó phần lớn là phẫu thuật nội soi nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị CNTC. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này trên 263 bệnh nhân được phẫu thuật CNTC từ 2018 - 2023 với mục tiêu: *Nhận xét kết quả phẫu thuật chữa vòi tử cung tại TTYT huyện Hiệp Hòa từ năm 2018 đến năm 2022.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán chửa ở vòi tử cung và phẫu thuật tại Trung tâm Y tế huyện Hiệp Hòa từ 01/01/2028 đến 31/12/2022. Có 263 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

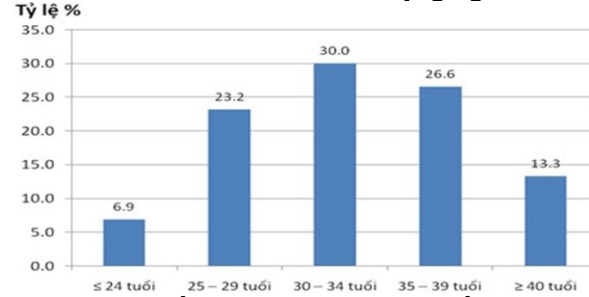
- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, so sánh sự khác biệt bằng test  $\chi^2$

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu không can thiệp trên bệnh nhân, chỉ sử dụng hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại kho hồ sơ của bệnh viện, đảm bảo sự bí mật thông tin. Kết quả nghiên cứu nhằm đưa ra kiến nghị để phục vụ bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

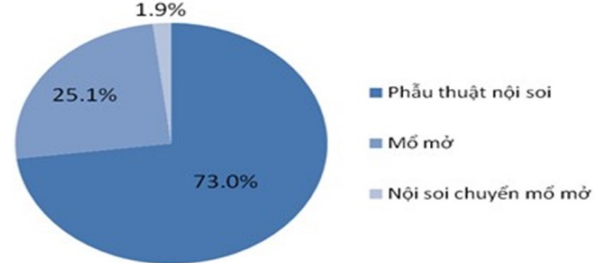
**3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi**

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là  $32.79 \pm 5.77$  tuổi, trong đó đa số người tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 30 - 34 tuổi chiếm tỷ lệ 30.0% và 35 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ 26.6%.

**3.2. Phương pháp phẫu thuật**



**Biểu đồ 3.2. Phương pháp phẫu thuật**

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu có 73% người bệnh sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi và chỉ 25.1% sử dụng phương pháp xử trí mổ mở. Có 1.9% phẫu thuật nội soi phải chuyển mổ mở vì mổ cũ dính không bóc lộ được phẫu trường và ổ bụng nhiều máu.

**3.3. Vị trí khối chửa**

**Bảng 3.1. Vị trí khối chửa ở VTC khi phẫu thuật và cách thức phẫu thuật**

Vị trí	Mổ nội soi n (%)	Mổ mở n (%)	Tổng n (%)
Đoạn kẽ	5 (41.7)	7 (58.3)	4.6
Đoạn eo	28 (66.7)	14 (33.3)	16.0
Đoạn bóng	135 (79.0)	36 (21.0)	65.0
Đoạn loa	24 (63.2)	14 (36.8)	14.4

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu khối chửa nằm ở vị trí đoạn bóng chiếm đa số với 65%; có 16% nằm ở đoạn eo; 14.4% nằm ở đoạn loa và 4.6% nằm ở đoạn kẽ. Tỷ lệ mổ mở ở bệnh nhân chửa đoạn kẽ cao hơn so với các vị trí khác.

**3.4. Tình trạng khối chửa**

**Bảng 3.2. Tình trạng khối chửa khi mổ theo phương pháp xử trí**

Tình trạng khối chửa	Mổ nội soi n (%)	Mổ mở n (%)

Chứa vỡ	12 (60)	8 (40)
Rỉ máu	117 (85.4)	20 (14.6)
Vỡ	52 (57.1)	39 (42.9)
Huyết tụ thành nang	1 (25)	3 (75)
Sảy qua loa	10 (90.9)	1 (9.1)
Tổng	192 (73.0)	71 (27.0)

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa về tình trạng khối chứa giữa các phương pháp xử trí khối chứa. Hầu hết bệnh nhân đều sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi ở hầu hết các tình huống. Tuy nhiên trong số những bệnh nhân có tình trạng khối chứa vỡ tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi cao hơn không đáng kể so với mổ mở, tỷ lệ lần lượt là 57.1% và 42.9%.

### 3.5. Lượng máu trong ổ bụng

**Bảng 3.3. Lượng máu trong ổ bụng theo phương pháp xử trí**

Máu trong ổ bụng	Mổ nội soi n (%)	Mổ mở n (%)	Tổng n (%)
Không có máu	6(3.1)	6(8.5)	12(4.6)
Lượng máu <500ml	170(88.5)	41(57.8)	211(80.2)
Lượng máu 500ml-<1000ml	16(8.3)	5(7.0)	21(8.0)
Lượng máu ≥1000ml	0(0)	19 (26.7)	19(7.2)

**Nhận xét:** Có 4.6% người bệnh không có máu trong ổ bụng; 80.2% có dưới 500ml trong ổ bụng; 8.0% có lượng máu từ 500ml đến dưới 1000ml; và 7.2% có lượng máu trong ổ bụng từ 1000ml trở lên. Nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi có lượng máu dưới 500ml chiếm 88.5% trong khi tỷ lệ này là 57.8% ở nhóm mổ mở.

### 3.6. Truyền máu

**Bảng 3.4. Truyền máu khi xử trí khối chứa**

Truyền máu	Mổ nội soi n (%)	Mổ mở n (%)	Tổng
1 đơn vị	1 (0.5)	3 (4.2)	1.5
2 đơn vị	1 (0.5)	8 (11.3)	3.4
≥ 3 đơn vị	1 (0.5)	11 (15.5)	4.6
Không truyền máu	189 (98.5)	49 (69.0)	90.5

**Nhận xét:** Có 9.5% số bệnh nhân cần phải truyền máu, chủ yếu là ở nhóm bệnh nhân mổ mở. Người bệnh truyền từ 3 đơn vị máu trở lên chiếm 4.6%. Có 01 bệnh nhân truyền 06 đơn vị máu và 04 bệnh nhân truyền 04 đơn vị máu.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu.** Trong 263 trường hợp chứa vòi tử cung được điều trị phẫu thuật thì độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 32,79±5,77. Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 18 và lớn tuổi nhất là 45. Độ

tuổi hay gặp chứa vòi tử cung nhất là lứa tuổi 25-34 tuổi chiếm tỷ lệ 52,2%, Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hiền (2010) nhóm tuổi 25-34 là 53,9% [2], nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Đông (2020) nhóm tuổi 25-34 là 51% [3]. Đây là nhóm bệnh nhân đang trong độ tuổi sinh đẻ, tỷ lệ có thai cao nên tỷ lệ chứa ngoài tử cung cao là phù hợp. Độ tuổi ≤ 24 và ≥ 40 gặp chứa vòi tử cung ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 6,8% và 13,1%. Đây là độ tuổi còn trẻ hoặc quá cao so với độ tuổi sinh đẻ lý tưởng của phụ nữ, tần suất mang thai ở các lứa tuổi này thường thấp nên tỷ lệ CNTC thấp là hợp lý.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi ≤ 24 tuổi chiếm tỷ lệ 6,9% cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung (2006) là 0,5% [4]. Chứa ngoài tử cung có xu hướng có xu hướng gia tăng ở lứa tuổi trẻ. Đây là điều đáng lưu ý, phải chăng điều này liên quan đến độ tuổi quan hệ tình dục sớm, thiếu biện pháp tránh thai an toàn của thanh thiếu niên hiện nay. Do đó việc giáo dục sức khỏe sinh sản, tâm sinh lý cho lứa tuổi vị thành niên ngay khi còn ngồi trên ghế nhà trường là điều cần thiết để các em tránh mang thai ngoài ý muốn, giảm tỷ lệ viêm nhiễm phụ khoa hoặc nếu bị viêm nhiễm cần điều trị kịp thời tránh nguy cơ CNTC. Giáo dục sức khỏe sinh sản giúp các em nhận biết các dấu hiệu của CNTC do đó có thể tới khám và điều trị sớm khi khối chứa chưa vỡ góp phần vào điều trị bảo tồn, giảm nguy cơ vô sinh.

**4.2. Phương pháp phẫu thuật.** Phương thức phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị chứa vòi tử cung trong nghiên cứu là chủ yếu chiếm 72.6%, phẫu thuật mổ mở là 25.5%, thường chỉ thực hiện khi bệnh nhân có sốc mất máu và chỉ có 1.9% phẫu thuật nội soi thất bại phải chuyển sang mổ mở, lý do thất bại là vì bệnh nhân có vết mổ cũ dính, không bộc lộ được phẫu trường và trường hợp máu trong ổ bụng nhiều. Có 01 ca mổ mở cắt tử cung bán phần vì khối chứa nằm ở đoạn kể có kèm theo u xơ tử cung to. Theo tác giả Vũ Văn Du tỷ lệ điều trị thành công trong nội soi chứa vòi tử cung là 90,8%, chỉ có 9,2% là tồn tại nguyên bào nuôi sau mổ và đều được điều trị thành công bằng Methotrexate đơn liều [5].

PTNS điều trị chứa VTC trong nghiên cứu chủ yếu là cắt VTC cùng khối chứa, không có trường hợp nào bảo tồn VTC, có thể do trình độ phẫu thuật viên tại tuyến y tế cơ sở chưa thực hiện được kỹ thuật bảo tồn phức tạp này, đây cũng là mặt còn hạn chế. Điều đó cho thấy cần nâng cao trình độ chuyên môn của cán bộ y tế cũng như trang thiết bị của bệnh viện để có thể

thực hiện được bảo tồn VTC cho người bệnh nếu có nhu cầu sinh sản nữa.

**4.3. Vị trí khối chứa và cách thức phẫu thuật.** Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khối chứa nằm ở đoạn bóng vòi tử cung chiếm đa số, với tỷ lệ 65%, ít nhất là ở đoạn kẽ chiếm tỷ lệ 4.6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu trước đây về CNTC [2-5]. Tỷ lệ mổ mở ở bệnh nhân chứa đoạn kẽ cao hơn ở các vị trí khác có lẽ do đoạn kẽ là vị trí khó mổ nội soi, nguy cơ chảy máu nhiều.

**4.4. Tình trạng khối chứa và cách thức phẫu thuật.** Có sự khác biệt có ý nghĩa về tình trạng khối chứa giữa các phương pháp xử trí khối chứa. Hầu hết bệnh nhân đều sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi ở hầu hết các tình huống. Tuy nhiên trong số những bệnh nhân có tình trạng khối chứa vỡ tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi cao hơn không đáng kể so với mổ mở, tỷ lệ lần lượt là 57.1% và 42.9%.

**4.5. Lượng máu trong ổ bụng khi mổ.** Có 4.6% người bệnh không có máu trong ổ bụng; 80,2% có dưới 500ml trong ổ bụng và chỉ 15,2% có lượng máu trên 500ml. Trong đó có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) về lượng máu trong ổ bụng giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở, nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi có lượng máu dưới 500ml chiếm 88.5% trong khi tỷ lệ này là 57.8% ở nhóm mổ mở.

Tỷ lệ lượng máu mất trong ổ bụng  $> 500$ ml là 15,2% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2020 là 10,4% [6], có lẽ do đặc thù của bệnh CNTC là một cấp cứu, tuy vậy nhận thức của người dân về bệnh này còn chưa cao, còn đi khám muộn một số đến viện trong tình trạng khối chứa đã vỡ nên lượng máu mất trong ổ bụng là khá nhiều.

Chẩn đoán CNTC ở giai đoạn sớm khi khối chứa chưa vỡ hoặc lượng máu trong ổ bụng khi mổ ít luôn là mục tiêu đặt ra cho thầy thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12/263 trường hợp chiếm tỷ lệ 4.6% được chẩn đoán sớm khi chưa có máu trong ổ bụng.

**4.6. Lượng máu truyền.** Có 25/263 bệnh nhân phải truyền máu chiếm 9.5%, trong đó truyền  $\geq 3$  đơn vị máu là 12/25 bệnh nhân (chiếm 48%) chủ yếu thuộc nhóm bệnh nhân mổ mở, đây là những bệnh nhân đi khám rất muộn vào viện trong tình trạng sốc, có những bệnh nhân vừa mổ cấp cứu vừa hồi sức. Do đó vấn đề truyền thông sức khỏe cho người dân cần được

chú trọng hơn.

Truyền máu nhiều nhất 6 đơn vị máu là trường hợp bệnh nhân 24 tuổi, PARA 2002, đi khám vì đau bụng, ngất, vào viện trong tình trạng sốc mất máu cấp, được khám lâm sàng, test hCG và chuyển mổ cấp cứu ngay, lượng máu trong ổ bụng khi mổ là 2000 ml.

Có 6 trường hợp truyền 4 đơn vị máu, trong đó 1 trường hợp bệnh nhân 37 tuổi PARA 2002, đi khám vì đau bụng, mệt mỏi, vào viện trong tình trạng có sốc, được khám lâm sàng, test HCG nước tiểu, không kịp siêu âm và được chuyển mổ cấp cứu ngay, lượng máu trong ổ bụng khi mổ là 2000ml, tuy vậy tại thời điểm này chỉ huy động được 4 đơn vị máu từ nguồn máu dự trữ để truyền cho bệnh nhân. 5 trường hợp còn lại lượng máu mất trong ổ bụng từ 1000ml - 1500ml.

Tất cả bệnh nhân truyền máu này từ nguồn dự trữ của bệnh viện và huy động từ người nhà bệnh nhân, không có bệnh nhân nào truyền máu hoàn hồi, sau truyền máu bệnh nhân đều ổn định.

## V. KẾT LUẬN

Chứa ngoài tử cung là một trong những vấn đề hay gặp nhất trong lĩnh vực phụ khoa. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong xử trí chứa ngoài tử cung, nhất là ở vòi tử cung. Những tiến bộ trong phẫu thuật nội soi tại các bệnh viện tuyến huyện giúp bệnh nhân được hưởng nhiều lợi ích với chi phí thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Tiến (2012), "Bài giảng Sản Phụ Khoa", Bài giảng cho học viên sau Đại học, NXB Y Học 2012.
2. Phạm Thị Thanh Hiền (2012), "Tình hình mổ nội soi cắt vòi tử cung trong điều trị chứa ngoài tử cung năm 2010 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương 2010" Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 389, tháng 1/2012, tr 36-40.
3. Nguyễn Thị Phương Đông (2020), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chứa ngoài tử cung tại bệnh viện E trong 2 năm 2017-2018" Luận văn Thạc sỹ Y Học, Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Kim Dung (2006). "Tình hình điều trị chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/7/2004 đến 30/6/2006". Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Văn Du (2011) "Nghiên cứu điều trị bảo tồn vòi tử cung trong chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Anh Tuấn và Phạm Bá Nha (2020) "Kết quả điều trị chứa ngoài tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2019". Tạp chí Y học Việt Nam, 439, tr176-179.